

医療保障における政府と民間保険の役割：理論フレームと各国の事例

田近栄治^{*1}

菊池 潤^{*2}

要 約

公的医療保障制度の持続可能性をいかに高めていくかは先進各国共通の課題である。本稿では、公的医療保障制度と民間医療保険の双方に着目し、制度の持続可能性を高めるために必要となる両者の役割について、概念的、実態的な検討を行った。本稿で得られた主な結果は以下の通りである。

第1に、個人と保険者、患者と医師の間には情報の非対称性が存在し、医療保険やサービスを完全に市場に委ねることはできない。多くの先進諸国では皆保障体制を採用し、公的医療保障制度が基本的な医療へのアクセスを保障し、民間保険は公的医療保障制度の機能を補完する役割を担っている。

第2に、先進各国における両者の関係は歴史的経緯のなかで形成されており、両者の最適なバランスを模索した結果とはいえない。また、民間保険の活用が医療の効率化に寄与するとも限らない。重要なことは公的保険の守備範囲を明確にすることであり、その際には、費用対効果も加味した検討が必要となる。とくにわが国では公的保険の給付対象が広範であることから、保険適用サービスの一部を選定療養とすることにより、個人の選択を活かすべきである。この際、民間保険には、現在の定額金銭給付に加えて、適用外サービスの実損補償という新たな役割が期待されることになる。

第3に、諸外国の経験を踏まえると、わが国では、社会保険に対する公費負担の目的を明確にするとともに、保険者に対する「事後的」な支払いを「事前的」な支払いに改める必要がある。以上の見直しにより、保険者のコスト意識が喚起され、保険者機能の強化につながる事が期待される。

I. はじめに

医療保障に対する各国の取組は一律ではない。イギリスや北欧諸国のように税財源をもとに医療へのアクセスを保障する国もあれば、ドイツ、オランダのように社会保険に基づいて医

療制度を整備している国もある。このように先進各国の対応は様々であるが、医療保障において政府が重要な役割を果たしていることは各国共通である。それは、医療保険では、保険者と

*1 一橋大学国際・公共政策大学院教授

*2 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 第4室長

個人や医師と個人の間の情報が均一でないこと
によっている。

その一つは、保険者が個人に関して持つ情報が不完全なことによる、いわゆる逆選択の問題で、保険を購入するのは病気になる可能性の高い人々に集中することから、保険料率が上がり、その結果さらに病気がちの人々しか保険を購入しなくなる。この連鎖が繰り返されると、保険が広く提供されなくなり、無保険者が出現する。実際には保険会社は、逆選択に対応するために、高リスクの人々の保険加入を制限しようとするかもしれない。そのため、今度は病歴（pre-conditions）によっては保険加入が認められないという問題が生じる。ここでもまた、結果的に無保険者が出現する。他方、医師と個人の間では、病気や治療に関する情報は圧倒的に医師の方が優位なので、医師による誘発需要が生じ、その結果医療費の高騰を招く可能性がある。このため医療保険やサービスは市場に完全に委ねることはできず、政府の適切な関与が必要とされる。

先進諸国では、各国とも医療保障におけるこうした政府の役割について認識し、それぞれ公的な医療保障制度を整備している。しかしながら医療費は経済成長を上回る速度で拡大しており、公的医療保障制度の持続可能性が各国共通の課題となっている。例えば、OECD加盟国の平均で見た医療費の対GDP比は、1960年の3.8%から2010年の9.6%にまで上昇しており、過去50年間にわたって着実に上昇している（OECD, 2011a）。今後、高齢化や医療技術の高度化により、医療費は一層拡大することが予想されており、医療の質を低下させることなくいかに医療費を抑えるか、すなわち医療の効率化が大きな課題となっている。

医療の効率化を図る上で、公的医療保障制度自体の課題への対応が求められることは言うまでもないが、同時に公的医療保障制度と民間医療保険のそれぞれが果たすべき役割についても検討する必要がある。先に述べた通り、先進各国はそれぞれの公的医療保障制度を整備してい

るが、このことは医療にかかる全ての費用を公的医療保障制度が保障していることを意味しない。実際、各国の状況を見てみると、民間医療保険もまた様々な形で医療保障の機能を担っていることが分かる。さらにいくつかの国では、公的医療制度の財政負担を緩和する手段、あるいは個人の選択を通じて医療の効率化を促す手段として、民間医療保険が捉えられている（OECD, 2004）。したがって、公的医療保障制度の持続可能性を高めるためには、「公」と「民」の適切なバランスを模索し、医療保障全体での効率化を図る必要がある。

以上の問題認識の下、本稿では以下の3点について検討を行うことを目的としている。第1に、公的医療保障制度と民間医療保険を定義し、医療保障において両者が果たす機能、とくに民間医療保険が果たしうる諸機能について概念的に整理する。第2に、以上の概念整理に基づいて、先進各国において公的医療保障制度と民間医療保険が果たしている機能、およびそのことが医療制度全体に与える影響について検討する。第3に、諸外国の経験をもとに、わが国における医療保障の課題について検討する。

本稿の検討から得られた主な結果は以下の通りである。第1に、医療保障制度のうち加入形態が強制加入となるもの（税方式を含む）を公的医療保障制度と定義した場合、皆保障体制のもとでの公的医療保障制度の役割は、個人がどのような健康状態であっても基本的な医療サービスに対するアクセスを保障することにあると考えることができる。一方で、任意加入の民間医療保険は公的医療保障制度によってカバーされない費用を保障することにより、公的医療保障制度の機能を補完することになる。この際、民間医療保険の機能は、公的医療保障制度がカバーしない費用に応じて、いくつかの機能に分類されることになる。

第2に、公的医療保障制度と民間医療保険が果たしている機能は国によって大きく異なるが、これは両者の最適なバランスを模索した結果というよりは、各国の歴史的経緯に大きく依

存した結果といえる。このため各国の経験をもとに両者の最適なバランスについて一概に論じることはいえない。また、民間医療保険の活用が公的医療保障制度に対する財政負担の緩和に寄与するとは必ずしも言えず、むしろ逆の結果につながっていると思われるケースも見られる。したがって、医療保障の中心には公的医療保障制度を据えるべきと考える。その中で、政府が保障すべき医療サービスとは何か、すなわち公的医療保障制度の守備範囲を明確にすることが重要となる。公的医療保障制度の給付適用外サービスについては、その利用を個人の選択に委ねることとし、民間医療保険にはこれらのサービスに対する保障機能を果たすことが期待される。

第3に、以上の検討結果から得られるわが国の医療保障制度に対する政策的含意として、次の2点が指摘できる。はじめに、公的保険の守備範囲について再検討が求められる。具体的には、現在保険収載されているサービスの一部を給付対象から除外（「選定療養」化）し、これらのサービスの利用については、保険適用サービスとの併用も含めて個人の選択に委ねるべきである。この際、医学的妥当性や安全性のみならず、費用対効果を踏まえた検討が求められる。現在、市場で供給されている民間医療保険の多くは定額・定型的な金銭給付であり、民間保険の役割は限定的なものに留まっている。今後は、公的保険の給付範囲の見直しに伴い、給付

適用外サービスに対する実損補償という新たな役割が民間保険に期待されることとなる。

次に、公的医療保険制度の持続可能性を高めるためには、自律的な保険者が不可欠であり、そのためには公費投入のあり方、財政調整の方法の二点について見直しが求められる。わが国の公的医療保険制度では財源の多くを公費に依存しており、保険者や個人に真の医療費が認識されていない。社会保険の財源は原則保険料で賄うこととし、低所得者に対する保険料補助など明確な目的の下、公費投入は限定的なものに留めるべきである。また、保険者間のリスクの偏在に伴う負担格差は均等化すべきであるが、財政調整の方法については見直す必要がある。現在の財政調整は発生した費用の負担ルールを定めた「事後的調整」にすぎず、被保険者のリスクに基づいた事前の財政調整（リスク調整）への転換が求められる。以上の見直しにより、保険者のコスト意識を喚起し、自律的な保険者の育成に努める必要がある。

本稿の次節以降の構成は以下の通りである。第2節では公的医療保障制度と民間医療保険の定義を行い、第3節では皆保障体制下での民間医療保険の機能について概念的に整理する。第4節では、先進7カ国を対象に、各国の公的医療保障制度、民間医療保険の役割、課題について検討する。第5節では、諸外国の経験をもとに、わが国の医療保障制度の課題について検討を行う。第6節は本稿のまとめである。

Ⅱ．医療保障における政府と民間医療保険の役割

Ⅱ－1．公的医療保障と民間医療保険の定義

公的医療保障制度と民間医療保険の機能について検討していくにあたって、まずは両者を定義する必要がある。医療保障の形態は多様であり、制度のどの側面に着目するかによって、様々な分類を行うことが可能である。例えば、財源、

強制加入の有無、保険の管理・運営を行う事業体としての性格、利潤動機の有無、あるいは保険市場における規制の有無など、様々な基準に基づいた分類が考えられる（OECD, 2004）。以下ではOECD(2004)の定義を出発点として、議論を進めることにする。

OECD（2004）は、OECD加盟国を対象として各国における民間医療保険の機能、役割について包括的に検討しているが、その際、主たる財源に着目して「公」と「民」の分類を行っている。具体的には、主たる財源が税あるいは所得比例保険料（税）となる場合を公的医療保障制度と定義している。税または所得比例保険料によって医療保障を行うということは、個人の負担が各々のリスクとは別に決定され、リスクの低い人から高い人、あるいは高所得者から低所得者への再分配が行われていることを意味しており、政府による再分配機能を重視した分類と考えることができる。

以上の分類で問題となるのが、加入形態は強制加入であるが、主たる財源が定額保険料となるケースであり、具体的にはスイスが該当する。スイスでは民間保険会社が販売する医療保険への加入を義務化することにより皆保険体制が採られているが、主たる財源は定額保険料となるため、先の基準のもとでは民間医療保険に分類されることになる。一方で、スイスの医療保険市場では、市場の失敗を抑制し皆保険を達成することを目的として、強い規制がかけられており、OECDから公表される「総保健医療支出」(System of Health Accounts, SHA) や、それに基づく OECD Health Data では、スイスの医療保障制度は公的なものとして分類されている (Paris et al., 2010)。

本稿でも、医療保障に対する政府関与の目的はリスクの偏在や保険市場の失敗により無保険者が発生することを防ぐことにありと見え、加入形態に着目して公的医療保障制度と民間医療保険とを区分することに¹⁾する。すなわち、制度の加入が法的に義務付けられている場合（強制加入）、当該制度を公的医療保障制度と定義する。一方で、制度への加入が個人の意思に委ねられている場合には（任意加入）、当該制度を民間医療保険として考える。この場合、先に挙げたスイスの制度は公的医療保障制度に分類

されることとなる。

公的医療保障制度の財源は、税、所得比例保険料、または定額保険料のいずれかとなる。主たる財源が税となるケースとしては、イギリス、カナダ、オーストラリアなどのイギリス連邦の国々や、北欧諸国の医療制度が該当し、一般に「税方式」と呼ばれている。これらの国では、居住など一定の要件をもとに制度が適用されることになる。

一方で、日本を含む社会保険方式を採用している国では、保険料を原資とした医療保障が行われている。これらの国では医療保険への加入が義務付けられることになるが、強制加入の形態によりさらに2つに分類される。第1のグループは、特定の保険への加入を義務付けるものであり、フランスや日本の医療制度が該当する。この場合、職種や居住地域によって加入する保険が決定されることになる。第2のグループは「管理競争 (managed competition)」の枠組みを採用している国であり、オランダ、ドイツ、スイスなどの国が該当する。これらの国では、医療保険への加入義務はあるものの、実際に加入する保険は自ら選択することが可能となっている。この際、加入者の獲得を巡る保険者間の競争が生まれ、保険者が個人の代理人として行動するための動機づけとなることが期待されている。

保険料の形態としては所得比例と定額の二つが考えられるが、いずれの場合でも社会保険を通じた再分配が行われることになる。定額保険料の場合には異なるリスク間の再分配が、所得比例保険料の場合にはこれに加えて所得階層間の再分配が行われることになる。実際には、オランダのように所得比例保険料と定額保険料とを組み合わせたケースや、スイスのように定額保険料であるものの、税財源をもとに低所得者に対する負担軽減が行われているケースなど様々である。

なお、ドイツは社会保険を世界で最初に導入

1) 同様のアプローチを採用したものとして Mossialos and Thomson (2002) などがある。

した国として名高いが、高額所得者や公務員など一部の国民に対しては社会保険への加入義務が課されていない。社会保険に加入しない人々には民間保険会社が販売する医療保険への加入が義務付けられているが、各自の保険料はリスクに応じたものとなっており、本稿ではこれらの保険は民間保険として考えることにする。

Ⅱ－２．皆保障体制の下での政府と民間保険の役割

すでに述べた通り、いずれの先進諸国においても医療保障に対する政府関与が行われており、強制加入の公的医療保障制度によって、基本的な医療サービス（以下、基本医療）に対するアクセスが保障される。ただし、公的医療保障制度が誰を対象とするかについては、国民の一部を対象とする場合と全国民を対象とする場合の二つの考え方が存在する。

公的医療保障制度の役割が一部の国民に対する保障として位置付けられている場合、公的制度の対象は「弱者」に限定されることとなる。ここでの「弱者」とは、本人の努力による医療リスクへの対応が困難と考えられる人を意味しており、具体的には疾病リスクの高い高齢者や低所得者（多くの場合、疾病リスクも高い）が該当する。このように一部の国民を対象に公的医療保障制度を整備している代表的な国として、アメリカが挙げられる。

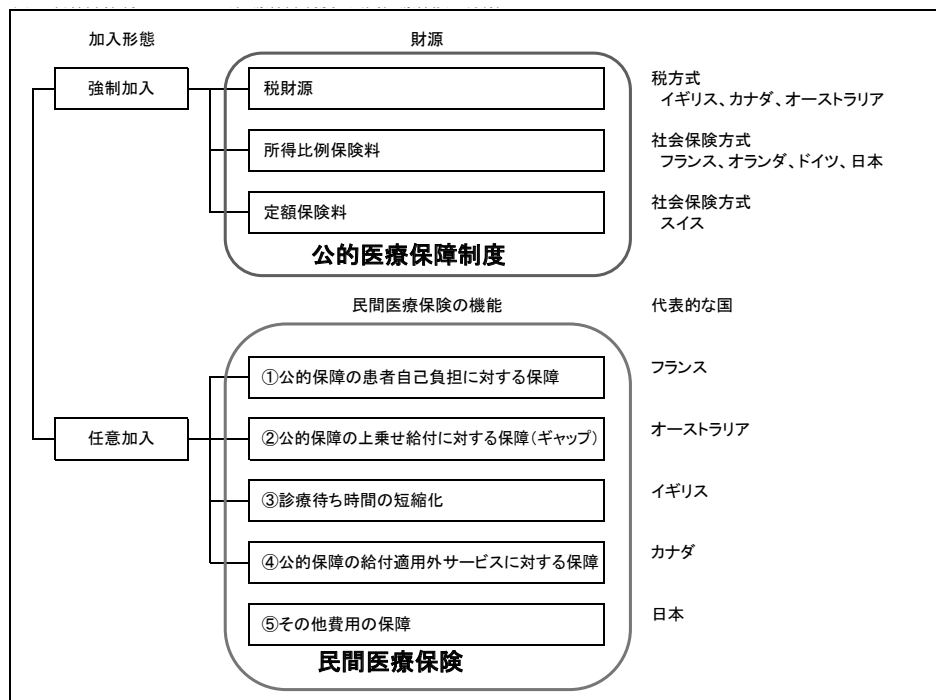
アメリカでは Medicare と Medicaid の二つの公的医療保障制度が存在し、Medicare は高齢者や障害者を、Medicaid は低所得者をそれぞれ対象としている。両制度の対象とならない人々の多くは職場を通じて民間医療保険に加入することになるが、Medicaid の対象とはならないが民間医療保険に加入することができない低所得者層を中心として、多くの無保険者が生まれる結果となっている（田近・尾形，2009）。同時に、Medicaid の適用を受けるため、保有資産を自ら取り崩す行動（spending down）もまた、低所得者に対する医療給付のあり方の面から問題視されている。

先進諸国を対象とする限り、アメリカのように国民の一部を対象として公的医療保障制度を整備している国は稀であり、多くの国では公的医療保障制度がほぼ全ての国民を対象とした「皆保障体制（universal system）」を採用している。実際、OECD 加盟国の中で皆保障体制を採用していない国はアメリカ、トルコ、メキシコ、チリの４か国のみとなっている（OECD, 2011a, p. 132）。わが国でも、皆保険体制は公的医療制度の大きな特徴となっており、皆保険体制に対する国民の支持は高いと考えられる。

図１は皆保障体制の下での公的医療保障制度と民間医療保険の分類を示している。図の上部には加入形態が強制加入となる公的医療保障制度が、下部には制度への加入が任意となる民間医療保険がそれぞれ示されている。皆保障体制の下での公的医療保障制度の機能は、基本医療へのアクセスを全ての人に対して保障することと考えることができる。一方で、民間医療保険の機能は公的制度がカバーしない費用を保障することにより、公的医療保障制度の機能を補完する役割を担うことになる。この際、民間医療保険がカバーする費用、言い換えれば公的医療保障制度がカバーしない費用に応じて、民間医療保険の機能は図に示された５つの機能に分類することができる（図１参照）。

第１は、公的医療保障制度によって課される患者自己負担に対する保障である。第２は、公的医療保障制度の給付対象サービスに対して、給付水準の上乗せ（選択肢の拡大）を求める際に必要となる追加的負担に対する保障である。第３は、公的病院などでの診療待ち時間を短縮することを目的とした民間医療保険の活用であり、具体的には民間病院での治療に対する保障などが該当する。第４は、公的医療保障制度の給付適用外サービスに対する保障機能である。最後に、病気になった際に発生するその他費用に対する保障としての民間医療保険の機能がある。次節では、以上５つの機能ごとに民間医療保険の機能と医療全体に与える影響について検討する。

図1 皆保障体制下における公的医療保障制度と民間医療保険の分類



出所）筆者作成

注）ドイツでは、一部の人々（高額所得者や公務員など）には公的保険への加入義務が課されていないが、公的保険に加入しない人々は民間保険への加入義務が課されている。

Ⅲ．民間医療保険の機能分類

皆保障体制の下では、公的医療保障制度によって基本医療に対する保障が行われる。しかしながら、病気になったときに必要とされる経済的負担の全てが公的医療保障制度によってカバーされるとは限らない。例えば、わが国でも皆保険体制を採用しているが、受診時には患者一部負担が課されているほか、保険適用されていない医療サービスに関しては全額自己負担となる。このように、公的医療保障制度がカバーしない費用に対しては、患者が自らの負担で対応することになるが、これらのサービスに対する需要が十分大きく、かつ制度的に可能であれば、

民間医療保険市場が成立することになる。この際、民間医療保険は公的医療保障制度の機能を補完することになる。

実際、先進各国の状況を見てみると、皆保障体制の下でも民間医療保険が存在し、それぞれの制度に応じて様々な機能を果たしていることが分かる。先進各国における民間医療保険の機能についてはOECD(2004)が幅広い角度から検討を行っているが、そこでは民間医療保険の機能を「主要（primary）」、「二重（duplicate）」、「補完（complementary）」、および「補足（supplementary）」の4つに分類している。本稿

では、以上の分類を参考としつつ、公的医療保障制度がカバーしない費用を概念的に整理することにより、民間医療保険の機能を5つに分類した。以下、順に見ていくことにする。

Ⅲ－１．公的保障の患者自己負担に対する保障

第1の機能は、公的医療保障制度によって課される患者自己負担に対する保障であり、OECD(2004)では「補完 (complementary)」機能と呼ばれている。具体的には、公的医療保障制度によって課される受診時の患者一部負担 (co-payment) を、民間保険が個人に代わって負担することになる。また、一定額までの医療負担を患者自身の負担とする保険免責制 (deductible) が採用されている場合には、(公的医療保障制度の) 保険免責部分を民間保険が負担することになる。この種の民間保険はフランスで多く見られ、9割以上の国民が患者自己負担をカバーする民間保険に加入している。

民間保険が患者自己負担をカバーすることには、以下の二つの長所があると考えられる。第1に、患者自己負担を民間保険が負担することにより、患者自身の(受診時の) 経済的負担が不要となる。これにより、人々は健康なときと病気になるときの支出を等しくし、医療費リスクを分散することが可能となる。第2に、患者自己負担は低所得者を中心に医療サービスへのアクセスを阻害すると考えられ、結果として所得階層間での健康格差を引き起こす危険性がある。したがって、患者自己負担に対する民間保険の適用は、医療サービスへのアクセス阻害要因を取り除き、健康格差の改善に寄与することが期待される。

一方で、患者自己負担は患者の過剰受診を抑制するための政策手段として位置付けられており、自己負担部分に対する民間保険の適用は政策目的に反することになる。すなわち、患者自己負担に対する民間保険の適用は、患者には医療サービス価格の低下と認識され、過剰受診を引き起こす危険性がある(事後的モラル・ハザード)。このため、スイスなどの一部の国では、

患者自己負担に対する民間保険の適用を禁じている(OECD, 2004, p.39)。このように、患者自己負担の軽減には受診抑制の改善と過剰受診の二つの側面があり、両者を識別することは難しいものの、多くの研究は患者自己負担に対する民間保険の適用が医療費の拡大につながることを示している(OECD, 2004, p.200)。

Ⅲ－２．公的保障の上乗せ部分に対する保障(ギャップ保険)

第2の機能は公的医療保障の上乗せ部分に対する保障であり、OECD (2004)では「二重 (duplicate)」機能の一形態として位置付けられている。この種の保険は自由価格制を採用している国で見られ、そこでは医師(あるいは医療機関は)が患者に対して公定価格を上回る費用請求を行うことが認められている。この際、患者は請求価格と公定価格の差額(ギャップ)を自ら負担することにより、治療の選択肢を拡大することが可能となる。民間保険がギャップ部分を保障することにより、患者の選択肢拡大に寄与することとなる。なお、ここで考えている民間保険は、「公定価格を上回る費用」を負担するものであり、公定価格の一部を負担する第1の機能とは分けて考える必要がある。

具体例を幾つか挙げる。ドイツでは公的保険の被保険者が入院する場合、診療を行うのは病院の勤務医となる。通常は患者が医師を選択することはできないが、追加的な費用負担を行うことにより、上級医(医長)による診療が可能となる。また公定価格がカバーするのは多床室での入院費用までとなるが、追加的な費用負担により個室入院が可能となる。さらに、処方薬に対する支払い制度である「参照価格制度 (Reference Pricing System)」についても同様に考えることができる。参照価格制度の下では、薬効等が等しい同等医薬品ごとに同一の償還価格(参照価格)が設定されることになるが、この際、参照価格は後発医薬品(ジェネリックス)の価格を基準に決定されることになる。したがって、ブランド薬などの先発医薬品の処方を希

望する場合には、その差額を患者自らが負担することになる。いずれの場合にも、民間保険が公定価格を上回る費用を負担することにより、患者は治療の選択肢を拡大することが可能となる。

このような民間保険のあり方に対しては、民間保険が一定水準以上の費用カバーすることにより、公的医療保障制度の給付範囲を必要最低限にとどめ、公的医療の財政負担を緩和するものとして期待する見方がある。一方で、一定水準以上の医療サービスにアクセスできるのは高所得者中心となるため、所得階層により利用サービスが異なる「医療の階層化」が進む可能性もある。一部の国では公平性の観点から医療の階層化を問題視しており、公定価格を上回る費用請求（extra billing）を認めない、あるいは医師が公的医療保障制度と民間保険双方から費用償還を受ける「公私二重診療（dual practice）」を禁じるなどの措置を通じて、直接的、間接的に禁じている。

Ⅲ－3. 診療待ち時間の短縮

第3の機能は、公的医療保障制度の下での診療待ち時間の短縮を目的とした民間保険の活用である。具体的には、民間保険が公的医療保障制度によってカバーされない民間病院などでの治療費を保障することにより、加入者は診療待ち時間を回避することが可能となる。この際、民間保険がカバーするサービスは、公的医療保障制度によって既に保障されていることから、OECD(2004)では、先のギャップ保険と合わせて、この種の民間保険の機能を「二重(duplicate)」機能と呼んでいる。

この種の保険はイギリスなどの税方式を採用している国で多く見られる。これらの国では財源を税に依存しているために財政面での制約が強くなり、公的医療保障制度の給付対象が公的病院での治療などに限定されることがある。この結果、公的病院に負担が集中し、公的病院では緊急を要する救命的治療が優先され、非救命的治療に対しては長い待ち時間が発生すること

になる。このような背景の下、待ち時間の回避を目的として民間保険に対する需要が生まれることになる。

民間病院での治療を民間保険がカバーすることにより、公的病院の患者数が減少し、待ち時間の短縮や公的医療保障制度の財政負担の緩和につながるものとして、期待する見方もある。ただし、民間病院が公的病院と同様のサービスを提供する保障はなく、実際、民間病院で行われる治療は比較的容易で低コストの治療に集中する傾向が強いと言われている。このため、救命的な治療や高度な技術を要する治療については、民間保険加入者も公的病院で治療を受けることとなり、民間保険による費用抑制効果は限定的になるとの指摘がある。

また、民間病院での治療を民間保険がカバーすることにより、公的部門から民間部門に医師等が流出し、公的医療保障制度で提供される医療サービスの質が低下するとの指摘もある。さらに、先に見たギャップ保険と同様に、民間病院での治療を選択できるのは、民間保険を購入できる高所得者中心となり、医療の階層化を助長するものとして、問題視している国もある。例えばカナダでは、公的医療保障制度がカバーしているサービスに対する民間保険の適用については、多くの州で禁じられている。

Ⅲ－4. 給付適用外サービスに対する保障

民間医療保険の第4の機能は、公的医療保障制度の給付適用外サービスに対する保障機能であり、OECD(2004)では「補足的(supplementary)」機能と呼ばれている。民間保険の補足的機能は、最も典型的な民間保険の機能であり、実際、民間保険が存在する全ての先進国において補足的な民間保険が存在する。公的医療保障制度が給付対象とするサービスは国によって異なるが、わが国では給付対象としている歯科治療や眼科治療に関しては、公的医療保障制度の給付対象から除外している国も多く見られる。

補足型の民間保険に対しては、ギャップ保険と同様に、民間保険を活用し公的医療保障制度

の給付対象を限定することにより、公的医療保障制度の財政負担を緩和することを期待する見方もある。しかしながら、諸外国で実際に給付対象から除外されているサービスは、歯科治療や眼科治療など比較的費用の低いサービスが多く、これらのサービスを除外することによる公的医療保障制度の費用抑制効果は限定的と思われる。逆に、医療費の多くを占める入院治療に関しては、公的医療制度の給付対象から除外することは政治的に困難である上、公的医療保障制度の存在意義自体を否定しかねない。

また管理競争を採用している国では、補足型の民間保険が健康な被保険者を優先して加入させるリスク選択の手段として利用される危険性がある。例えばオランダでは、民間保険会社が基本的な医療保険を販売し、人々にはこれら民間保険会社が提供する基本保険への加入が義務付けられている。一方で、民間保険会社は補足型の民間保険を販売することも可能であり、多くの場合、補足型の民間保険は基本保険と同じ保険会社から購入されている。このため、基本保険と補足型保険全体での保険商品の差別化が可能となり、健康な人が好む保険商品を構成することにより、リスクの高い個人の保険加入を間接的に排除することが可能となる。

Ⅲ－５．罹患時に付随するその他費用に対する保障

ここまで見てきたように、皆保障体制の下でも公的医療保障制度が全ての医療費を保障しているわけではなく、民間医療保険は公的医療保障制度によってカバーされない費用を保障することとなる。しかしながら、病気になった際に必要となる経済的負担は医療費にとどまらず、様々なコストが発生することになる。例えば、在職中の長期入院は所得の低下を意味し、病気療養中の所得保障に対する需要が生まれると考えられる。また、通院時の交通費や入院時の生活費用なども病気に付随するコストと考えられる。これら病気になったときに付随する諸費用もまた、個人にとっては経済的リスクに変わり

なく、民間保険に対する需要が生まれることになる。

これら医療費以外のコストは、個人の所得などに依存した定型的な費用と考えられ、病気の際に定額の金銭給付を行うことにより、個人のニーズに応えることが可能である。わが国ではこのタイプの民間保険が多く販売されており、入院を給付要件として定額の金銭給付を行う保険プランや、ガンなど特定の疾病の罹患を条件として定額の金銭給付を行うプランなどが販売されている（詳細は、本特集号の田近・菊池論文を参照）。

これらの保険がカバーするコストは、医療サービスに対する対価としての医療費ではなく、実際の医療費を補償する実損補償型の保険（indemnity）とは大きく性質が異なるものである。このため、OECD（2004）ではこれらの保険を、「金銭給付プラン（cash plan）」や「疾病依存型プラン（disease-specific plan）」と呼び、医療費を直接補償する医療保険とは区別している。しかしながら、先に述べたとおり、個人が病気になった際に必要となる経済的負担という意味では医療費と何ら変わりなく、本稿では民間医療保険の５番目の機能として考えることにする。

Ⅲ－６．公的医療保障制度の「給付適用外」サービス

ここまで見てきたように、皆保障体制の下では、公的医療保障制度がカバーしない費用を民間医療保険が保障することにより、民間保険は公的保険の機能を補完することになる。したがって、民間保険市場が成立するかどうか、あるいは民間保険がどのような機能を果たすかは、公的医療保障制度の給付対象と密接に関連することとなる。

次節で詳しく見る通り、各国の公的医療制度は歴史的な背景もあって様々であり、どの国の制度が優れていると一概に言えるものではない。しかしながら、いずれの国においても、それぞれの公的医療保障制度に対応して、それを

補完する民間保険市場が成立し、各国の医療制度の中で重要な役割を果たしている。このためには、公的医療保障制度の給付範囲、言い換えれば、公的医療保障制度がカバーすべき療養が、明確に定められている必要がある。この点に関連して、わが国の医療制度を考える上で以下の点は重要である。

わが国において民間保険の活用を考える際に、いわゆる「混合診療」の議論は避けて通れない。通常、医療提供者に対して「公私二重診療（dual practice）」が認められているのであれば、保険適用外サービスとの併用の有無にかかわらず、医療提供者は保険適用サービスに対する費用償還を公的保険から受けることが可能である。一方で、わが国では公私二重診療が認められているにも関わらず、保険適用サービスと適用外サービスの併用が原則禁止されている。正確には、両者を併用した場合には、公的保険からの費用償還が認められていない。その上で、例外的な措置として保険外併用療養費制度を設け、政府が認めた療養（選定療養および評価療養）についてののみ、公的保険からの費用償還が

可能な仕組みとなっている。わが国でこのような対応が必要となるのは、保険適用となる療養、あるいは保険適用外となる療養が明確に定義されていないためであり、両者を明確に定義した上で、保険適用サービスと適用外サービスとの併用は個人の選択に委ねるべきである²⁾。

その上で、現実的に問題となるのは、公的保険の適用範囲をどう定めていくかである。これは、公的保険の収載基準に深く関係している。わが国の公的医療保障制度は、「必要な医療」を保障することを目的としているといわれており、実際、諸外国に比して公的保険の給付範囲は包括的である。ただし、高齢化や医療の高度化により、医療費拡大の圧力はますます高まると考えられ、今後も同様の方針で制度運営をしていくことは財政的に困難である。このような状況下で、既に諸外国では、費用対効果を考慮した保険収載基準を設けるなど、厳しい線引きが行われている。わが国でも、2014年度の次期診療報酬改定での試行的導入を目標に検討が行われているが、保険収載にあたってはより厳格な態度で臨む必要がある。

IV. 医療保障における政府と民間保険の役割：各国の事例

ここまで、皆保障体制の下での公的医療保障制度と民間医療保険の機能について、概念的な整理を行ってきた。本節ではそこでの整理に基づき、先進諸国において公的医療保障制度と民間医療保険が担っている機能について、個別に検討していくことにする。検討対象となるのは、税方式を採用している3か国（イギリス、カナダ、オーストラリア）と社会保険方式を採用している4か国（フランス、オランダ、ドイツ、スイス）である。なお、社会保険方式を採用し

ている国のうち、フランスは保険者の選択が認められていない国であり、他の3か国は保険者選択を認め、管理競争を導入している国となっている。

各国の事例を見ていく際、とくに以下の3点に着目する。第1に、各国における公的医療保障制度と民間医療保険の役割、とくに民間医療保険が担っている機能に着目する。第2に、民間医療保険の存在が医療制度全体に与える影響、とくに医療費に与える影響に着目する。第

2) 混合診療をめぐる過去の議論については、本特集号、河口論文を参照されたい。

3に、わが国の医療保障制度を考える上で重要と思われる各国の経験についても、あわせて紹介していくこととする。

Ⅳ-1. イギリス

イギリスでは、税財源による国民保健サービス（National Health Service, NHS）により、全ての国民に対して医療サービスの保障が行われている。NHSの給付対象サービスは包括的であり、患者の自己負担も基本的に課されていないが、税財源に依存しているために財政的な制約は強く、二つの面で給付が制限されていると考えられる。

第1に、病院や専門医の治療に関しては、基本的に公的病院における治療のみを給付対象としており、これらの治療を受けるためには、一般医（GPs）の紹介が必要とされる。このため、公的病院では緊急を要する救命的な治療が優先され、非救命的な治療に対しては、長い待ち時間が発生し、社会問題となっている。第2に、給付適用に当たっては厳格な審査が行われており、その役割を担っているのがNICE（The National Institute for Health and Clinical Excellence）である。NICEは公衆衛生、診療、

医療技術に関するガイダンスを作成する責任を負っており、NICEの発行する技術評価ガイダンスは医療技術の有効性・安全に加えて、医療経済性（費用対効果）も加味した検討が行われており、その先進的内容から世界的な注目を集めている（白岩ほか、2009）。

表1には各国における民間保険加入者の割合と費用負担構造がそれぞれまとめられている。イギリスでは国民の11.1%が民間医療保険に加入しているが、民間保険加入の主たる目的は、上で述べた診療待ち時間の短縮と考えられる。イギリスでは公私二重診療が認められており、公的病院で治療を行う医師が、民間病院での治療や公的病院での私費患者に対する治療（私費診療）を行うことが認められている。この際、民間保険は私費診療にかかる費用を保障し、民間保険加入者は治療の待ち時間を短縮するほか、専門医の選択や療養環境の改善が可能となっている（Flood and Haugan, 2010）。ただし、民間病院での治療は比較的安価な非救命的医療に集中しており、高度な医療技術を要する治療については、公的病院での治療を行うことが一般的である。このため、医療費総額に占める民間医療保険からの支出割合は1.1%に過ぎない。

表 1-1 先進各国の民間保険加入率（%）

	対象年度	民間保険加入率
イギリス	2006	11.1
カナダ	2009	68.0
オーストラリア	2009	51.2
フランス	2008	93.7
日本	-	N.A.
オランダ	2009	90.0
ドイツ	2009	30.4
スイス	2007	29.5

出所）OECD（2009,2011）より作成

表 1-2 先進各国の財源構成（%）

	対象年度	公的支出	民間支出	民間保険 患者負担ほか		計
イギリス	2009	84.1	15.9	1.1	14.8	100.0
カナダ	2009	70.5	29.5	12.7	16.8	100.0
オーストラリア	2008	68.0	32.0	8.1	23.9	100.0
フランス	2009	77.9	22.1	13.3	8.8	100.0
日本	2008	80.8	19.2	2.4	16.8	100.0
オランダ	2009	79.0	14.3	5.1	9.2	93.3
ドイツ	2009	76.9	23.1	9.3	13.8	100.0
スイス	2008	59.5	40.5	9.0	31.5	100.0

出所）OECD Health Data（Data extracted on 09 Feb 2012 11:18 UTC（GMT）from OECD iLibrary）より作成

Ⅳ－２．カナダ

カナダは10州から構成される連邦国家であり、各州政府が独自の医療保障制度（Medicare）を運営している。財源は州政府独自の税財源と連邦政府からの補助金となるが、連邦政府からの補助金を受けるためには、カナダ保健法（Canada Health Act, CHA）の規定する条件を満たしている必要がある（ティエッセン，2008）。したがって、運営は州単位で行われるものの、医療保障の基本的構造はCHAによって規定されているといえる。

CHAは患者に対する医療費請求を禁じており、受診時に患者一部負担が課されることはないが、Medicareの給付対象は比較的限定的であり、外来処方薬や歯科診療はMedicareの給付対象となっていない。このため、外来処方薬や歯科診療の保障を目的として、国民の68%が民間保険に加入しており、民間保険からの支出額は医療費総額の12.7%となっている。いずれの指標で見てもカナダは民間保険が広く普及している国と考えられ、外来処方薬や歯科診療に関しては、個人の責任として認識されているといえる。

一方で、Medicareの給付対象サービスに対する民間保険の適用については、医療の階層化につながるものとして、保険医や民間保険に対する様々な規制が課されている。保険医に対しては、全ての州において公私二重診療や公定価格を上回る費用請求が禁じられており、医師は公的保険の枠内で治療を行うか、私費診療専門の治療を行うかの選択を迫られている。また、6州ではMedicareの適用サービスを民間保険がカバーすることを直接禁止している（Flood and Archibald, 2001）。

このように、民間保険に対するカナダの対応はイギリスとは対照的なものとなっているが、カナダでも非救命的治療に対する待ち時間の長期化が問題となっている。このため、民間保険を禁じたケベック州法に対して最高裁が違憲判決を下すなど、カナダにおける公的保険と民間保険の関係は、公私二重診療の是非も含めて、

社会的な関心となっている（詳細は本特集号のフラッド論文を参照）。

Ⅳ－３．オーストラリア

オーストラリアもまた税財源による医療保障が行われており、医療費を保障するMedicareと処方薬をカバーする調剤給付制度（Pharmaceutical Benefit Scheme, PBS）の二つの公的医療保障制度が整備されている。オーストラリアでは、質の高い医療を実現するためには公的病院と民間病院の共存が不可欠であり、そのためには民間病院の資金源となる民間保険の普及が重要であるとの認識の下、イギリスやカナダとは異なる対応が採られている（Colombo and Tapay, 2003）。

第1に、Medicareは公的病院のみならず、民間病院での治療に対しても給付を行っている。民間病院での治療には患者の自己負担が必要となるが、患者は民間病院での治療を選択することにより、公的病院の待ち行列を回避することができる。また、オーストラリアでは自由価格制が採用されており、患者は追加的な負担を行うことにより、医師の選択や療養環境の改善が可能となっている。第2に、高所得者に対して民間保険加入に対する経済的インセンティブを与えることにより、民間保険への加入を政府が支援している点も特徴的である。具体的には、民間保険加入者に対して保険料の一定割合を補助すると同時に、民間保険に加入していない高所得者に対しては、追加的な負担を求めている（丸山，2008）。

民間保険は、上で述べた民間病院での支出に対する保障機能に加えて、歯科治療や眼科治療などMedicareの適用外サービスに対する保障機能を果たしており、民間保険の加入率は51.2%、民間保険からの支出は医療費総額の8.1%となっている。政府が民間保険の加入を積極的に支援する背景には歴史的な経緯もある。オーストラリアでの皆保障体制の達成は1980年代と比較的最近であり、それ以前は、政府の補助と規制の下、民間保険を主体とした

医療保障が行われていた。1984年のMedicareの導入は、民間保険加入者の減少を引き起こし、このことが民間病院の財政基盤を揺るがし、Medicareの負担拡大につながると認識され、民間保険への加入を政府が再び支援しているのが実態である³⁾(Colombo and Tapay, 2003)。

上で述べた通り、民間保険の普及にはMedicareの負担軽減も期待されているが、以下の理由により、その効果は限定的と考えられる(OECD, 2004a)。第1に、イギリスと同様に、民間病院での治療は非救命の治療に集中しており、費用の高い高度な治療は依然として公的病院で行われている。第2に、民間保険への加入によりサービス利用が拡大し(モラル・ハザード)、(費用の一部を負担する)Medicareの負担も拡大する。第3に、民間保険加入者に対しては政府支援が行われており、ネットの効果はさらに限定的となる。

Ⅳ-4. フランス

フランスでは職域保険を基礎とする社会保険制度により医療保障が行われている。以前は職域保険に加入できない無保険者が少なからず存在したが、2000年に施行された普遍的医療保障法(Universal Health Coverage Act, CMU)により、それまで医療保険に加入できなかった者を既存の社会保険(一般制度)に包含することにより、皆保険体制が実現している。皆保険化と同時に、保険料負担の一部(被用者負担分)が税財源に切り替えられ、わが国と同様、税財源に大きく依存した財政構造となっている⁴⁾。ただし、税財源には一般社会税(general social contribution, CSG)と呼ばれる目的税が充てられており、財源の分配について政府の介入を受けず、保険者の自律的な財源管理が可能な構造となっている(柴田, 2006)。

公的保険の給付は予防治療も含む広範なものとなっているが、比較的高い患者一部負担が課されている点が特徴的である。一部負担割合はサービスによって異なり、入院治療が2割であるのに対し、外来治療・歯科では3割、検査費等は4割となっている。調剤費に関しても必要度に応じて、0%から85%の範囲で異なる一部負担割合が課されている。フランスでは、これらの患者自己負担を民間保険がカバーしており、民間保険の加入率は93.7%、医療費総額に占める民間保険支出額の割合は13.3%と、いずれもOECD諸国の中で高い値となっている⁵⁾(OECD, 2011a)。

一般に、患者一部負担は患者の過剰受診を抑制するための政策手段と考えられており、患者負担に対する民間保険の適用は政策目的に反すると考えられる。フランスでこの種の民間保険が普及している理由もまた歴史的経緯によるものである。現在の民間医療保険の主な担い手は共済組合であるが、社会保険の導入以前は共済組合により医療保障が行われていた。制度導入にあたって、社会保険の保険者を疾病金庫とする一方で、共済組合には自己負担の保障機能を担う地位が与えられることになり、この構造が現在まで続いているというのが実態である(詳細は、本特集号笠木論文を参照)。

このように、フランスでは民間保険が自己負担をカバーすることを前提に制度設計がなされており、患者一部負担の問題に直面するのは民間保険に加入できない低所得者となる。このため、患者一部負担は低所得者の医療へのアクセスを阻害する要因として認識され、税財源により低所得者の患者一部負担の保障が行われている(Complementary Universal Health Coverage, CMU-C)。一方で、多くの研究が、民間保険への加入により医療費が拡大することを示してお

3) 1984年のMedicare導入時から1990年代にかけて、民間医療保険の加入率は50%から30%台にまで低下した。

4) 2007年現在の財源構成は、所得比例保険料49.5%、税40.9%、その他財源9.6%となっている(Chevreul et al., 2010)。

5) その他、一部の医師には(セクター2)公定価格を上回る費用請求が認められており、民間保険はギャップ保険としての役割も果たしている。

り、近年では、民間保険の適用が認められない患者負担が導入されている（Buchmueller and Couffinhal, 2004）。

Ⅳ－５．オランダ

オランダの社会保険制度は、長期入院や介護に要する費用を保障する第1層、急性疾患に要する費用を保障する第2層から構成されており、本稿で着目するのは第2層の社会保険である（本特集号バン・クリーフ論文、および佐藤（2007）参照。）第2層の社会保険では管理競争の枠組みが採用されており、社会保険への加入は義務付けられているものの、人々は加入する保険を自ら選択することが可能である。管理競争の仕組みがいかに機能するかはリスク調整に大きく依存しているが、リスク調整の考え方はわが国の財政調整を考える上でも重要である。

オランダでは所得比例の社会保険料を原資としてリスク調整が行われている。租税当局が徴収した社会保険料は、中央の医療保険基金（Health Insurance Fund）にプールされ、プールされた社会保険料が加入者のリスク要因に応じて各保険者に配分されることになる。各保険者は配分された資金を予算として保険給付を行い、不足分は加入者から追加的な保険料を直接徴収することになる。このように、リスク調整制度の下では、個人の負担（社会保険料）は本人のリスクとは切り離され、保険者間のリスクの偏在に伴う費用負担を是正することが可能となる。この際重要となるのが、保険者への配分額が実際の医療費が発生する前に確定しているということである。このため、医療費高騰のリスクは保険者自身が負うこととなり、保険者のコスト意識を喚起することが可能となる。この点は、わが国の財政調整を考える上でも非常に重要である⁶⁾。

オランダでは国民の9割が民間保険に加入しており、民間保険からの支出額は総医療費の

5.1%となっている（OECD, 2011a）。民間保険の主たる役割は公的保険の適用外サービスに対する保障であり、代表的なサービスは歯科治療に要する費用となっている。オランダでは2004年に公的保険の給付対象が大幅に縮小されたが、公的保険の適用除外となった多くのサービスは民間保険に引き継がれたと言われている。以上のオランダの経験は、公的保険の守備範囲の見直しに対して、民間保険が敏感に反応することを示している。

上で述べた通り、オランダでは社会保険への加入が全国民に義務付けられており、そのことをもって本稿では公的保険と位置づけている。しかしながら、2006年の制度改革により、従来の保険者である疾病金庫は廃止され、現在では民間保険会社により第2層の医療保険が提供されている。近年では、保険会社が自らプライマリーケア・センターや薬局を独自に整備するなど、新たな取り組みが行われるようになってきている。これらの動きは、保険者機能を考える上で、保険の管理・運営主体としての「民間」という視点もまた重要であることを示唆している。

Ⅳ－６．ドイツ

オランダ同様、ドイツもまた社会保険制度に管理競争を導入しており、個人の保険者選択が認められている。ただし、ドイツの社会保険は皆保険となっておらず、高額所得者や公務員などは社会保険への加入義務が課されていない点が特徴となっている。社会保険に加入しない場合には、市場で供給される民間保険に加入することとなり、この際、本人のリスクに応じた保険料負担が求められる。このように、ドイツの民間保険は、前節で述べた公的保険を補完する機能に加えて、公的保険を代替する機能を果たしている点が大きな特徴となっており、2009年現在では国民の1割がこのような民間保険に

6) 実際には、期待医療費の50%が医療保険基金から各保険者に対して配分され、45%相当を保険者が加入者から直接徴収する構造となっている。残りの5%は18歳未満の子供にかかる医療費負担であり、政府が税財源により負担することになる。

加入している⁷⁾。一方で、公的保険の補完機能としては、患者一部負担の保障や、療養環境の改善や医師の選択を可能とするギャップ保険が多くみられる (Busse and Riesberg, 2004, Busse, 2008)。この結果、民間保険全体での医療費総額に占める負担割合は9.3%となり、諸外国と比べても比較的高くなっている (OECD, 2011a)。

ドイツにおける公的保険と民間保険の関係もまた、歴史的経緯に大きく依存している。ドイツの公的医療保険は世界で最初に創設された社会保険であるが、制度創設時の基本的性格が現在まで維持されていると言える。すなわち、ドイツの社会保険は比較的低賃金の雇用労働者を対象とした強制保険として始まっており、社会的保護の必要性が認められるものだけを対象とするとの考え方をとっている。このため、自ら民間保険に加入できる高額所得者や、政府による独自の保障を受けられる公務員は、社会保険の対象とはみなされない。近年ではこれらの基本的構造を見直し、オランダ型の皆保険を目指す提案もなされているが、国民的合意を得るには至っていない (詳細は、本特集号の松本論文を参照)。

公的保険に目を向けると、わが国の医療制度を考える上で、以下3点が重要であると思われる。第1に、ドイツでは公的医療保険への税財源の投入は基本的に行われていなかったが、近年では連邦補助金の一部導入されている。ただし、これらの連邦補助金は、出産手当金や傷病手当金など、「保険になじまない給付」に対する財源として位置づけられており、投入目的は明確である (松本, 2012b)。

第2に、処方箋薬に対する支払い方式として参照価格制度を採用しており、同一薬効ごとの償還価格 (参照価格) が設定されている。通常、参照価格は後発医薬品 (ジェネリックス) の価格を基準とされており、より高価な治療薬の処方を希望する場合には、差額分が患者自身の負

担となる。以上の考えは、公的保険の守備範囲を検討する上で参考となる。

第3に、2007年の制度改革により「選択タリフ」が導入され、公的保険の保険者である疾病金庫が給付内容をより柔軟に設計することが可能となった。このことは保険者間の競争が、従来の保険料を中心とした競争から、給付内容を巡る競争に深化したことを意味しており、管理競争の可能性を考える上で注目される試みと言える。

Ⅳ-7. スイス

すでに見てきたように、ドイツでは高額所得者や公務員などが公的保険に加入せず、民間保険に入っていたり、フランスでは患者自己負担を保障する補完的な民間保険が普及していることなどから明らかなように、医療制度における公的および民間保険の役割分担は各国制度の歴史的な発展に影響を受けている。スイスの医療保険制度の特色の一つは、公的医療保険を民間保険会社が請け負っていることであるが、これもまたスイスにおける制度の歴史的な発展によっている。

スイスは小国であるが、地勢的・文化的に異なる26のカントンと呼ばれる州の連邦国家となっている。各州では、地域保険会社が医療保険を販売していたが、この地域別民間保険会社が公的保険の前身となっている。また、カントンは病院施設を提供し、医療の管理を行うという仕組みも歴史的なものである。その結果、保険料率がカントンの間で異なることになって、それをただちに連邦政府で是正することにはならない。入院費についても、包括払い方式に基づいてカントンが価格決定の指導権を持っている。

また、自分の身は自分で守るという国民性もあり、保険の契約内容には個人の選択が生かされている。毎年一回契約内容の見直しの時には、保険者を変更したり、契約内容も免責額やかか

7) OECD (2004) は、基本的な医療サービスを保障する民間保険を「主要 (primary) 保険」と呼んでいる。

りつけ医師による治療の一部制限などの選択が認められている。これは、健康な人が、免責額を高くして、低い保険料を志向するのは当然だという観点に立ったもので、スイスの人々の国民性からすれば、納得のいく仕組みとなっている。

保険者は、現在の制度が導入された1995年の時点で166あったが、2011年には64に減少している。しかも、5～6社に集中して、これらのマーケットシェアは80%に達している。総医療費は、ほぼ600億スイスフラン（1スイスフランCHF＝90円程度）で、強制保険の医療費は320億CHF程度である。

このうち、公費は130億CHFで、90億CHFは、地方政府（カントンとその下の地方政府）による病院への補助金などであり、40億CHFは低所得者の保険料軽減のため政府負担であった。スイスでは、この二つが医療制度への公費負担であり、病院への補助金を除けば、強制保

険にかかる医療費の10%程度である。

保険料は、定額であるが、実際は所得レベルに応じた軽減措置があり、またカントンでは、ホスピタル・タックスと称して高所得者には税金を課している⁸⁾ので、保険料は所得に対して累進的になっている。ただ、中間層の負担が重く、その結果、現役労働者のなかで保険料補助を受ける者が多くなっている。

このようにスイスの医療制度は、民間保険会社によって支えられているが、医療費の伸びは必ずしも低く抑えられているわけではない。1998年－2008年で平均4.4%増加し、そのうち病院外来の伸びが9%と高くなっている。高齢化の進展が見込まれるなかで、医療費の抑制が問題となっている。また皆保険の下、保険会社による被保険者の選別は認められていないが、リスク調整が不十分なことなどによって、保険者がリスク選択を行う誘因が大きいことも指摘されている⁸⁾。

V. 日本の医療制度に対する政策的含意

高齢化や医療の高度化による医療費増加は、公的医療保障制度の持続可能性を危うくするものとして、先進各国共通の課題となっている。そのような中での各国の取り組みは、わが国の今後の医療保障を考える上でも貴重な経験となりうる。本節では、前節で見てきた先進各国の経験をもとに、(1)わが国における民間医療保険の可能性、および(2)公的医療保険制度の課題、について検討する。

(1) 民間医療保険の可能性

多くの先進諸国では皆保障体制が採られており、基本医療に対するアクセスは公的医療保障

制度によって保障されている。医療が人命と密接に関連する特別なサービスであると同時に、医療保険の市場にはさまざまな失敗の可能性があることを考慮すると、医療保障に対する政府関与は不可欠であり、民間医療保険を医療保障の中心に据えることは望ましくないだろう。この点、わが国でも皆保険体制の下で公的医療保険を中心とした医療保障が行われているが、民間医療保険が果たしている機能は諸外国と比べてもきわめて限定的なものに留まっている。

皆保障体制の下での民間医療保険の機能は5つに分類され、先進各国では民間医療保険が様々な機能を果たしている。しかしながら、各

8) スイスの医療制度については、OECD（2011b）および副田・康永・堀口・橋本（2008）などがある。本文の記述は、2012年3月におけるスイス保険団体や連邦公的保険局での面談結果も踏まえたものである。

国における公的医療保障制度と民間医療保険の関係は歴史的経緯にも大きく依存しており、必ずしも両者の最適なバランスを模索した結果とは言えず、いずれの国が最適であるかを一概に論じることとはできない。また、民間医療保険を医療費効率化の手段としてとらえることも、各国の経験から支持することはできない。

重要なのは公的医療保障制度がカバーすべき医療リスクについて、正面から議論することである。とくに、わが国の公的保険は諸外国に比して給付対象が広く、検討の余地は大きいと考える。同様の見直しはオランダでも行われており、過去に歯科治療など一部のサービスが公的保険の給付対象から除外され、現在ではこれらのサービスは民間医療保険によってカバーされている。同時に、保険収載の是非については、医学的妥当性や安全性のみならず、費用対効果を考慮した検討が求められる。現在、2014年度の診療報酬改定での試行的導入を目標として検討が行われているが、保険収載基準の厳格化は日本においても不可欠と考える。

また、現行制度下では、保険適用サービスと適用外サービスの併用は原則禁止とされている（混合診療禁止の原則）。このため、単に一部のサービスを保険適用から除外した場合には、保険適用部分も含めて患者自身の負担となり、当該サービスへのアクセスが大きく阻害される可能性がある。したがって、保険適用されているサービスの一部を保険外併用療養費制度における「選定療養」とすることが、より現実的な対応と考えられる。この場合、保険適用部分の費用は保険外併用療養費として公的保険から給付されることとなる。新たに選定療養とされたサービスの利用については、個人の選択に委ねることとし、当該サービスに対する需要が十分大きければ、これらの費用を補償する新たな役割を民間医療保険が担うことになる。

(2) 公的医療保険制度の課題

公的医療保障制度の持続可能性を高めるためには、個人の代理人として積極的に行動する自

律的な保険者が不可欠であり、そのためには給付に対する公費負担のあり方と保険者間の財政調整の仕組みを見直すことがとくに重要である。以下、これらの点について述べる。

わが国の公的医療保障制度は一般的に社会保険方式を採用していると言われているが、医療費の4割近くを税財源によって賄っているのが実態である（厚生労働省「国民医療費」）。この結果、給付水準に対して保険料負担は著しく抑えられ、保険者、被保険者いずれにも医療の真のコストが認識されることはない。税財源は主に財政力の弱い保険者に対して投入されており、過去には財政状況が悪化した保険者に対して公費投入の比率を引き上げてきた経緯もある。このため、保険者にとっては、疾病管理や病院管理を通じて自ら医療費効率化に取り組むよりも、政府に追加的な支援を求める方がより効率的な行動となり、保険者は単なる支払い機関となっている。

前節で見た通り、社会保険方式を採用している国でも確かに公費は投入されている。しかしながら、わが国との大きな違いは公費投入の目的が明確かつ限定的であるということである。なかでもドイツでは社会保険への税財源の投入に対して非常に厳格な態度がとられており、近年まで公的医療保険に対する公費投入は行われてこなかった。2004年以降ではドイツでも公費が投入されることになったが、税財源は「保険になじまない給付」の財源として位置付けられており、2010年現在の公費負担割合は公的医療保険全体の収入額の1割にも満たない（松本、2012b）。わが国でも、低所得者に対する保険料補助など、公費投入の目的を明確とし、保険者の自律性を阻害しない公費投入のあり方を検討すべきである。

公的医療保障制度の一つの目的は、リスクが異なる人々の間の負担の格差を是正し、リスクの高い個人の医療費を社会全体で負担することにある。このため、税方式を採用している国では人々の負担能力に応じた費用負担が行われ、社会保険を採用している国でも保険者間の財政

調整が行われている。この点はわが国の医療制度においても同様であり、前期高齢者医療制度や後期高齢者医療制度を通じた財政調整により、負担の均等化が行われている。

しかしながら、わが国で行われている財政調整と、管理競争を採用している国で導入されているリスク調整とは、保険者の行動に与える影響が大きく異なるものとなっている。両者の違いは財政調整のタイミングにあり、わが国の財政調整が「事後的調整」であるのに対して、諸外国のリスク調整は「事前的調整」となっている。すなわち、わが国の財政調整は実際に発生した費用の負担ルールを定めたものであり、本来保険者の管理範囲に属する医療費も含めて費用の一部が補填される仕組みになっており、その分、保険者のコスト意識は阻害されることになる。一方で、諸外国で行われているリスク調整は、被保険者の（期待）医療費を反映した額が保険者に保証され、保険者は保証された予算の範囲で給付を行うことになる。したがって、期待医療費を超える医療費の高騰は保険者の責となり、保険者のコスト意識は維持されること

になる。わが国では公費負担も同様の構造となっており、先の公費負担の目的と含めて再検討が求められる。

以上二点は、保険者に個人の代理人として自律的に行動する誘因を与えるという意味できわめて重要であり、制度の持続可能性を高めるためには、自律的な保険者の存在が不可欠である。なお、自律的な保険者をいかにして作り出していくかという点で、オランダの経験は興味深い。オランダでは、2006年の制度改革以降、公法人の疾病金庫が廃止され、民間保険会社が公的保険の保険者となっている。近年では、保険者自らがプライマリーケア・センターや調剤薬局を設置するなど、従来見られなかった取り組みが行われるようになってきている（本特集号バン・クリーフ論文参照）。このことは、自律的な保険者を考える上で、「管理・運営主体としての民間」という視点もまた重要となりうることを示唆しており、管理・運営業務の民間委託などについてもあわせて検討していく必要があるだろう。

VI. おわりに

多くの先進諸国では、医療保障に対して政府関与が行われ、強制加入の公的医療保障制度による皆保障体制が採用されている。しかしながら、高齢化や医療の高度化による医療費の増加が予想される中で、公的医療保障制度の持続可能性は、先進各国共通の課題となっている。本稿では、公的医療保障制度と民間医療保険の双方に着目し、制度の持続可能性を高めるために必要となる両者の役割について、理論フレームと実態的の両面から検討を行った。

本稿で得られた主な結果は以下の通りである。第1に、医療は人の命に密接に関わるサービスであると同時に、医療保険市場では市場の

失敗が生じる危険性が高いことを考慮すると、医療保障は強制加入の公的医療保障制度を中心に行うべきと考えられる。この際、民間医療保険が果たす機能は公的医療保障制度がカバーしない費用に対する保障となる。民間医療保険の機能はさらに5つの機能に分類され、様々な角度から公的医療保障制度の機能を補完することになる。

第2に、民間医療保険には、公的医療保障制度の財政負担を緩和する手段として期待する見方もあるが、各国の経験はこのことを積極的に支持するものとはなっていない。また、公的医療保障制度と民間医療保険が担っている機能に

についても、国によって大きく異なっている。各国における両者の役割分担はそれぞれの歴史的経緯にも大きく依存しており、いずれの国のバランスが最適であるか一概に論じることはできない。両者の関係を考える上で最も重要なことは、公的医療保障制度が保障すべき医療リスクについて正面から議論することである。その際、公的保険の適用とならないサービスの利用については個人の選択に委ね、民間医療保険にはこれらの保険適用外サービスに対する保障機能が期待されることになる。

第3に、諸外国の経験から得られるわが国の医療保障制度に対する示唆として、次の点が重要と考えられる。まず、わが国では公的保険の給付対象範囲がきわめて広く、この結果、民間医療保険が担っている機能は諸外国に比して限定的なものに留まっている。公的保険が保障すべきサービスについて、一部サービスの保険適用からの除外も視野に入れた検討が必要と考える。具体的な方法としては、保険外併用療養費制度における選定療養の活用が考えられる。現在保険収載されているサービスの一部を選定療養とすることにより、これらのサービスの利用については、保険適用サービスとの併用も含めて、個人の選択に委ねることが可能となる。この際、これらのサービスに対する需要が十分大

きければ、適用外サービスに対する保障という、新たな役割を民間医療保険が担うことになる。なお、厳しい保険財政を考えると、保険収載基準の厳格化は不可避であり、医学的妥当性や安全性のみならず、費用対効果も含めて保険収載の是非について検討していく必要がある。

諸外国の経験から得られるもう一つの示唆としては、公的医療保障制度の持続可能性を高めるためには自律的な保険者の存在が不可欠であり、そのためには、公費負担のあり方、財政調整の方法について見なおす必要がある。公費負担については、その投入目的を明確にし、不足財源の埋め合わせとして公費に依存することは改める必要がある。例えば、公費負担を低所得に対する保険料補助として位置付け、保険者に対する直接的な公費投入は行わない、というのも一つの考えである。また、保険者間の財政調整についても、現在の事後的調整から事前的調整に改め、保険者のコスト意識を阻害しない財政調整の方法を検討する必要がある。この点については、オランダのリスク調整制度などが参考になるだろう。以上2点は、保険者が医療費効率化に向けて積極的に取り組むための動機づけとなり、制度の持続可能性を高めるためには、自律的な保険者の存在が不可欠と考える。

謝 辞

本論文の執筆にあたって、「医療制度改革における公私保険の役割分担」をテーマとする財務省・財務総合政策研究所と一橋大学との共催で開催した国際ワークショップ（2012年2月

27日）の出席者の方から、多くの有益なコメントを得た。ここに記して謝意を表したい。もちろん、本論文に残された誤りは全て筆者らに帰すべきものである。

参 考 文 献

- 笠木映里 (2007)「医療制度—近年の動向・現状・課題—」,『海外社会保障研究』, 第161号, pp.15-25.
- 笠木映里 (2012)「フランスの民間医療保険」,『フィナンシャル・レビュー』, pp.x-x.
- 河口洋行 (2012)「混合診療及び保険外併用療養費制度の与える影響に関する研究」,『フィナンシャル・レビュー』, 通巻第111号.
- 健康保険組合連合会 (2009)「ドイツの医療保険制度改革追跡調査 報告書」
- コリー・M・フラッド (2012) 公的医療制度と民間保険の区分に関するカナダの選択と裁判に基づく医療制度改革の危険『フィナンシャル・レビュー』, 通巻第111号.
- 佐藤主光 (2007)「医療保険制度改革と管理競争: オランダの経験に学ぶ」,『会計検査研究』第36巻, pp.41-60.
- ジェームス・H・ティエッセン (2008)「カナダにおける保健医療の財政基盤: その歴史と課題」,『海外社会保障研究』, 第163号, pp.18-32.
- 柴田洋二郎 (2006)「フランスにおける医療保険制度の動向—近年の改革による一般化の実現—」,『海外社会保障研究』, 第157号, pp.60-70.
- 白岩 健・福田 敬・渡辺 茂・津谷 喜一郎 (2009)「イギリス NICE における医療技術評価の現状と医療技術ガイダンスのレビュー」,『医療経済研究』, 第21巻第2号, pp.155-170.
- 田近栄治・菊池 潤 (2012)「日本の公的医療制度の課題と民間医療保険の可能性」,『フィナンシャル・レビュー』, 通巻第111号
- 田近栄治・尾形裕也 (2009)「民間医療保険の役割」, 田近栄治・尾形裕也 (編),『次世代型医療制度改革』第7章所収, ミネルヴァ書房.
- 副田 雄・康永秀生・堀口裕正・橋本英樹 (2008)「スイスの医療制度: 公的民営制度から何が学べるか」,『社会保障旬報』, No. 2365, pp. 6-13, No. 2366, pp. 12-18.
- 松田亮三 (2009)「ブレア政権下の NHS 改革—構造と規制の変化—」,『海外社会保障研究』第169号, pp.39-53.
- 松本勝明 (2012a)「医療保険の公私関係—ドイツにおける変化と今後の方向—」,『フィナンシャル・レビュー』, 通巻第111号.
- 松本勝明 (2012b)「ドイツにおける社会保障財源の見直し」,『海外社会保障研究』, 第179号, 近刊.
- 丸山士行 (2008)「混合診療の先進国—オーストラリアの医療」,『医療と社会』, 第18巻第1号, pp.49-72.
- リチャード・C・バン クリーフ (2012)「オランダの医療制度における管理競争—前提条件と現在までの経験」,『フィナンシャル・レビュー』, 通巻第111号.
- Brandt, N. (2008), “Moving towards more sustainable healthcare financing in Germany”, *OECD Economics Department Working Paper*, No. 612.
- Buchmueller, T. C. and A. Couffinhal (2004), “Private Health Insurance in France”, *OECD Health Working Papers*, No. 12, OECD Publishing.
- Busse, R. and A. Riesberg (2004), *Health Care Systems in Transition Germany*.
- Chevreur, K., I. Durand-Zaleski, S. Bahrami, C. Hernández-Quevedo and P. Mladovsky (2010), “Health system review, France”, *Health Systems in Transition*, Vol. 12(6).
- Colombo, F. and N. Tapay (2003), “Private Health Insurance in Australia: A Case Study”, *OECD Health Working Papers*, No. 8, OECD Publishing.

- Flood, C. and T. Archibald (2001), “The Illegality of Private Health Care in Canada”, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 164(6), pp. 825-30.
- Flood, C. and A. Haugan (2010), “Is Canada Odd? A Comparison of European and Canadian Approaches to Choice and Regulation of the Public/Private Divide in Health Care”, *Health Economics, Policy and Law*, Vol. 5, pp. 319-41.
- Mossialos, E. and S. Thomson (2002), “Voluntary Health Insurance in the European Union”, report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission, London School of Economics and Political Science, London.
- OECD (2004), *Private Health Insurance in OECD Countries*, OECD Publishing.
- OECD (2009), *Health at a Glance 2009 OECD Indicators*, OECD Publishing.
- OECD (2011a), OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing.
- OECD(2011b), *Review of Health Systems: Switzerland*, OECD Publishing.
- Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), “Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 50, OECD Publishing.
- Schäfer, W., M. Kroneman, W. Boerma, M. van den Berg, G. Westert, W. Devillé and E. van Ginneken (2010), “The Netherlands Health system review”, *Health Systems in Transition*, Vol. 12(1).
- Tapay, N. and P. Colombo (2004), “Private Health Insurance in OECD countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems,” in: OECD, *Toward High-Performing Health System*, Chapter 6, OECD Publishing, pp.265-311.